

# 关于消化系统疾病 的辨证论治及护理 课件

---

---

# 一、消化性溃疡的辨证论治及施护

# 病案1

---

李某，男，42岁。因“间断性上腹部疼痛不适3年余，加重半月”就诊。3年来无明显诱因出现上腹部疼痛不适，未系统检查及治疗，近半月来患者自觉上腹部疼痛加剧，呈阵发性，且疼痛放射至后背部，空腹痛甚，呕吐酸水，口干口苦，纳食欠佳，大便干，小便色黄。患者行电子胃镜检查提示：十二指肠球部溃疡（A1期），慢性萎缩性胃炎。观其舌红，苔黄腻，脉弦滑。入院后查C14呼气试验：HP（-）。西医治疗予以泮托拉唑钠静滴抑酸护胃；硫糖铝混悬凝胶口服保护胃黏

---

---

膜。中医四诊合参，本病当属祖国医学“胃脘痛病（胃疡）”范畴，证属湿热中阻；治疗以清热化湿，行气和胃止痛，方以健胃化浊汤加减，方药如下：

藿香15g	半夏10g	黄芩10g	黄连10g
茯苓15g	蒲公英30g	栀子10g	浙贝母15g
海螵蛸20g	焦神曲20g	炒白术15g	炙甘草5g

水煎分早晚两次服，每日一剂

配合穴位贴敷（双足三里，双内关，中脘）  
每日一次

---

嘱患者避免过度劳累，忌食油炸、辛辣食物、酒类等助火食品，按时规律饮食，避免过饥过饱。注意观察大便颜色、性状、有无出血情况发生。

治疗一周后患者上腹部隐痛基本消失，口干口苦明显缓解，纳食较前增加。中药处方调整如下：

藿香15g	半夏10g	黄芩10g	黄连5g
茯苓15g	蒲公英30g	栀子10g	焦山楂15g
焦神曲20g	焦麦芽15g	炒白术15g	炙甘草5g

水煎分早晚两次服，每日一剂

---

---

治疗两周后患者诸症皆除，复查电子胃镜提示：十二指肠球部溃疡（H2期），慢性萎缩性胃炎。予以患者出院。

---

**消化性溃疡**（**PU**）是指胃肠黏膜被胃液消化形成的溃疡，可发生在食管、胃、十二指肠、胃空肠吻合口和含有胃粘膜的梅克尔（**Meckel**）憩室，一般指发生在胃和十二指肠的慢性溃疡。其形成和发展与酸性胃液和胃蛋白酶的消化作用、幽门螺杆菌（**Hp**）感染、非甾体类抗炎药，以及神经系统和内分泌功能紊乱等有密切关系。本病的主要临床表现是长期周期性发作，并有明显的节律性的上腹部疼痛，可伴有泛酸、流涎、恶心、呕吐、暖气等，还可并发出血、穿孔及幽门梗阻，

---

---

常与胃炎并存，本病属于中医学的“胃脘痛”、“胃溃疡病”、“吐酸”、“嘈杂”等范畴。

## 诊断依据

### 临床表现

症状：上腹部疼痛是溃疡病最常见的症状之一，常呈节律性、周期性和长期性的特点，每年春秋季节变化时易发病。疼痛的性质常为空腹痛、隐痛、灼痛、胀痛。胃溃疡疼痛发生于进餐半小时后，至下餐前缓解。如发生在幽门管的溃疡则上腹痛的节律性不明显。十二指肠溃疡疼痛为空腹



---

痛、半夜痛，进食后可以缓解。发生在十二指肠球部以下的球后溃疡，多表现为夜间痛及背部放射痛。胃溃疡的疼痛部位在上腹部偏左，十二指肠溃疡在上腹部或偏右，后壁穿透性溃疡疼痛可放射至背部7-12胸椎区。消化性溃疡的发作可伴有暖气、烧心、反酸、恶心、呕吐等症状。9%-25%的患者，尤其是老年人常无上腹部疼痛等典型症状，而是以上消化道出血或急性穿孔等并发症为首发症状就诊。

体征：溃疡病在缓解期体征可不明显，病情发

---

作期可有上腹部压痛，多和溃疡存在部位相一致，如胃溃疡的压痛多在剑突下左方，幽门前区溃疡多在上腹正中或稍偏右，十二指肠溃疡压痛偏右上腹。

### 理化检查：

1. **胃镜检查**：是确诊消化性溃疡的主要方法，必要时可在内镜下治疗。

2. **X线钡餐检查**：气钡双重造影可以显示X线的直接征象和间接征象。龛影是直接征象，有诊断意义。

---

**3.幽门螺杆菌（Hp）检测：**按检测方法分为侵入性和非侵入性两大类。前者通过胃镜检查取胃粘膜活组织进行检测，主要包括快速尿素酶试验、组织学检查、幽门螺杆菌培养和聚合酶链反应等；后者主要有<sup>13</sup>C或<sup>14</sup>C尿素呼气试验、粪便幽门螺杆菌抗原检测及血清学检查。

**4.隐血检测：**经3天素食后，如粪便隐血阳性，提示为活动性溃疡。

---

## 诊断要点

- 1.长期反复发作的周期性、节律性的上腹部疼痛，应用制酸和碱性药物可缓解。
- 2.上腹部有局限性压痛。
- 3.胃镜检查：可见到溃疡。
- 4.X线钡餐：见溃疡龛影。

---

## 二、胃食管反流病的辨证论治及施护

---

**胃食管反流病（GERD）**是指胃或十二指肠内容物反流入食管导致的一系列慢性症状和食管粘膜损伤，包括非糜烂性反流性食管炎（**NERD**）、反流性食管炎（**RE**）以及其并发症如食管狭窄、出血、穿孔和**Barrett食管（BE）**。本病是食管抗反流防御机制下降和反流物对食管粘膜攻击作用的结果，一般预后良好。本病属于中医学的“嘈杂”、“吐酸”、“胸痛”、“噎膈”等范畴。

---

## 诊断依据

### 1.临床表现

**症状：**烧心、反酸和胸骨后疼痛等。其他可有吞咽困难、咽部异物感、慢性咳嗽、声音嘶哑、喉炎、哮喘、肺纤维化、牙病、小儿发育迟缓等不典型表现。

**体征：**一般无明显阳性体征。有的患者仅在压胸骨后感到隐痛或剑突下轻度压痛。

### 2.理化检查

**胃镜及病理：**内镜检查是确定有无食管炎的主要

---

---

方法，食管炎的严重程度常用洛杉矶分类法分级。

**上消化道X线钡餐检查：**确定有无食管狭窄等并发症，并可协助诊断有无食管裂孔疝。

**24小时食管pH监测：**可确定有无胃、十二指肠反流存在，正常食管pH<4的时间应小于6%，反流持续5分钟以上的次数≤3，反流持续最长时间为18分钟，超过此值即认为食管有酸暴露，怀疑有碱反流可用24小时胆汁监测仪进行监测。





---

**食管动力测定：**正常人食管静息压为15-30mmHg（2.0-4.0kPa），如LES压力<6mmHg（0.8kPa）则提示LES功能不全。

**食管酸灌注试验：**向食管内灌注0.1mmol/L的盐酸，如出现胸骨后灼痛则为阳性。

**质子泵抑制剂试验：**如用奥美拉唑20mg，1日2次，治疗7日若患者的症状消失或显著好转，提示为明显酸相关疾病，在除外消化性溃疡等疾病后，可考虑GERD诊断。

---

## 诊断要点

1.具有典型的GERD症状，如明显的烧心、反酸和胸骨后疼痛等症状，胃镜检查有食管炎的表现即可诊断RE。

2.有典型的烧心、反酸等症状，结合上述理化检查如能排外其他疾病，且胃镜检查食管未见病变，但相关检查证实存在病理性胃-食管反流者，即可诊断NERD。

3.当胃镜和病理学活检发现有明显柱状上皮化生或有杯状细胞存在时可诊断为BE。

---

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/165030243114012011>